



LOCAL OFFICE	TELEPHONE NUMBER
CASE NUMBER	DATE

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À CRIANÇA  
 PARA RESPONSÁVEIS QUE TRABALHAM  
 WORKING CONNECTIONS CHILD CARE

**NOTIFICAÇÃO DE  
 INDEFERIMENTO WCCC  
 WCCC DENIAL NOTICE**

Os pagamentos do Departamento de Serviços Sociais e de Saúde (DSHS) a seu prestador de serviços de assistência à criança serão interrompidos para qualquer assistência prestada após esta data. Queira entrar em contato com seu fornecedor para discutir futuros pagamentos de serviços de assistência à criança.

- Em \_\_\_\_\_ você solicitou auxílio para serviços de assistência à criança, em conformidade com o programa da WCCC. Não poderemos auxiliá-lo porque (conforme WAC 388-290):
  - Você retirou seu pedido de assistência à criança.
  - Você não possui filho elegível, conforme WAC 388-290-0015.
  - Suas atividades não atendem aos requisitos previstos em WAC 388-290-0040, 0045 ou 0050.
  - Você é financeiramente elegível para receber subsídios de assistência à criança, contudo, seu fornecedor é desqualificado, conforme WAC 388-290-0130. Nesse caso, você deve selecionar outro fornecedor. Se não fornecer as informações de um novo fornecedor até \_\_\_\_\_, consideraremos que você retirou seu pedido de assistência à criança.
  - Sua renda está acima do Nível Federal de Pobreza (FPL) máximo permissível para elegibilidade do programa, conforme WAC 388-290-0010.
  - Você não forneceu as informações necessárias para determinar sua elegibilidade. Em \_\_\_\_\_ solicitamos: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 conforme WAC 388-290-0030.
  - Outros: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Se você tiver qualquer dúvida, queira entrar em contato conosco pelo telefone \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 NOME DO ATENDENTE / AUTORIZADOR

\_\_\_\_\_  
 TELEFONE/ FAX DO ATENDENTE / AUTORIZADOR

**DIREITOS DE AUDIÊNCIA**

Se discordar desta decisão, você pode solicitar uma audiência entrando em contato com esta repartição ou escrever ao Escritório de Audiências Administrativas, PO Box 42489 Olympia, WA 98507-2465. Você deve solicitar sua audiência dentro de 90 dias após a data de recebimento desta carta. Na audiência, você terá o direito de se fazer representar, ser representado por um advogado ou por qualquer outra pessoa que escolher. Você poderá obter consultoria ou representação legal gratuita entrando em contato com um escritório de serviços jurídicos. Você pode ser elegível para receber benefícios continuados durante a pendência do resultado de uma audiência.

## **ASSISTÊNCIA MÉDICA PARA SEUS FILHOS**

Você sabia que você pode obter cobertura médica e odontológica para seus filhos? Não há lista de espera e é fácil como contar até 3!

1. Você está recebendo qualquer outro tipo de auxílio do Estado, como auxílio alimentação ou auxílio em dinheiro?
  - **SIM:** Contate o atendente financeiro responsável pelo seu caso e solicite cobertura médica para seu(s) filho(s).
  - **NÃO:** Ligue para o número de telefone gratuito de assistência Médica dos Filhos, 1-800-204-6429.
2. Forneça ao atendente as informações necessárias para dizer se você é elegível. Essas informações já podem constar no serviço de informações ou deverão ser obtidas pelo telefone.
3. Receba o cartão médico pelo correio.

**Não espere - a cobertura médica de seu filho está a um telefonema de distância!**